

# Prise en charge de l'adolescent obèse

Plus de 70 % des adolescents obèses le resteront. C'est dire les enjeux d'une prise en charge d'autant plus complexe que la maladie interfère avec les modifications corporelles et psychologiques liées à l'adolescence. Le but est d'aider l'adolescent à acquérir une meilleure image de lui-même, et d'éviter la focalisation sur la seule perte de poids.

Sylvie Coudreau, Caroline Mignot \*

**E**n France, 16 % des adolescents sont obèses ou en surpoids.<sup>1</sup> Cet excès de poids « visible » est soumis à un jugement individuel et collectif de connotation souvent négative qui peut avoir des répercussions psychologiques et sociales particulièrement importantes dans cette période sensible du développement de la personnalité. Attribuer à la seule obésité les difficultés rencontrées par l'adolescent ayant un excès de poids, autrement dit restreindre sa personnalité autour de la seule question de l'obésité, reviendrait à nier l'individu. Le jeune obèse est avant tout un adolescent, ses aspirations et son comportement sont ceux de tous les adolescents : recherche d'indépendance, quête d'identité, découverte de la sexualité, scolarisation et socialisation. La prise en charge médicale d'un adolescent obèse doit tenir compte de la complexité des interactions de facteurs d'ordres différents. La difficulté est d'autant plus importante qu'il s'agit d'une situation d'une grande hétérogénéité : toute personne en surpoids ne souffre pas, toute personne en surpoids n'est pas « malade ». Il n'est pas toujours facile, dans la pratique, de faire la part entre ce qui revient à

l'obésité et ce qui est lié à l'adolescence et à l'environnement familial et social. C'est dire que l'approche doit être « globale » et intégrée, prenant en compte la personnalité, les projets de vie et l'environnement du jeune, tout autant que le motif ayant conduit à la demande de consultation.

## L'ADOLESCENCE, LA PUBERTÉ

L'adolescence est une période de transformations physiques (puberté), psychologiques et relationnelles. L'adolescent change dans son corps, mais aussi « dans sa tête », ses centres d'intérêt, ses relations à autrui, aux adultes en général et à ses parents en particulier évoluent.<sup>2</sup> La préoccupation narcissique s'amplifie ; l'apparence physique est une préoccupation centrale. L'adolescent est inquiet de « ce que les autres vont penser ». Ce chamboulement complexe et radical ne se fait pas de manière linéaire et d'une seule traite. Il effectue des allers et retours et connaît des fluctuations : retour vers l'enfance, conflit de motivation, tensions contradictoires.<sup>3</sup>

\* Service de nutrition, Université Paris VI, centre hospitalier de L'Hôtel-Dieu, 75181 Paris Cedex 04. Courriel : s.coudreau@ifrance.com ; caroline.mignot@netcourrier.com

La puberté, définie par un ensemble de transformations physiques, survient en moyenne entre 9 et 11 ans chez la fille, et entre 10 et 14 ans chez le garçon... L'avance séculaire de l'âge de la puberté et un constant recul de l'entrée dans le monde adulte tendent actuellement à étirer de plus en plus cette période, et conduisent à majorer les disparités entre apparence physique de certains jeunes et maturation psychique.

La sexualisation est le propre de l'adolescence. Elle met fin à la relative indifférenciation sexuelle de l'enfance. L'adolescent va « habiter » un corps nouveau, sexué. De nouvelles sensations modifient sa représentation de lui-même, ses relations avec l'autre sexe et sa place dans la société. Ce processus ne se fait pas sans curiosité, voire une certaine excitation... Ces transformations « naturelles » s'imposent à l'adolescent, qu'il le veuille ou non. On comprend que cette évolution puisse générer quelques violences internes.

Physiquement, la puberté s'accompagne d'une modification de la corpulence due au développement des masses musculaires, adipeuses et du squelette. L'idéologie de l'idéal minceur et la tendance à l'indifférenciation de certaines publicités (jean unisexe p. ex.) ne doit pas faire oublier la disparité physiologique de répartition des graisses entre filles et garçons, qu'il est souvent nécessaire de rappeler à l'adolescent. Chez la fille les masses graisseuses se répartissent autour du bassin, des hanches, des cuisses, et des fesses. Le bassin augmente, en moyenne, de 7 à 8 cm au cours de la première année de puberté et de 5 à 6 cm la deuxième. Chez le garçon, le gain de masse graisseuse est plus modéré et la répartition se fait en faveur des épaules et des masses musculaires. Nombre d'adolescents ont du mal à accepter ses transformations pubertaires ; d'où une fréquente « dysmorphophobie », c'est-à-dire une difficulté à voir et accepter le corps tel qu'il est. L'adolescent interroge en permanence le soignant sur sa normalité et se questionne sur l'excès ou l'insuffisance de poids, de taille... témoin du sentiment de décalage face aux regards d'autrui ou à tel modèle imaginaire, témoin également de ses inquiétudes plus ou moins conscientes à propos de ses aptitudes sexuelles présentes et futures.

## OBÉSITÉ ET ADOLESCENCE

### Définition médicale de l'obésité

Alors que la définition de l'obésité chez l'adulte repose sur une seule référence d'indice de masse corporelle, chez l'enfant la valeur de référence change avec l'âge en raison des variations physiologiques de la corpulence.<sup>4</sup> Pour définir l'obésité avant l'âge de 18 ans, on a donc recours à des courbes de corpulence adaptées à l'âge et au sexe (v. figure) [v. articles pages 1412 et 1417].

Cette définition médicale ne correspond pas nécessairement à la définition sociétale de l'obésité qui prône un

## CE QUI EST NOUVEAU

→ Le changement de regard global sur l'obésité, qui est maintenant admise comme étant une maladie chronique, dont les facteurs déclenchants sont complexes et loin d'être seulement alimentaires.

idéal de la minceur généralement bien en dessous des limites définies ci-dessus. D'où la surmédicalisation de problèmes pondéraux non strictement médicaux. Il est très important, en pratique, de prendre en compte à la fois les critères de définition médicale et la perception sociétale de l'excès de poids : la demande du jeune patient et de sa famille est bien souvent basée sur des références « sociétales » elles-mêmes largement influencées par l'idéal minceur. On comprend dès lors que peuvent exister tout à la fois des situations de surmédicalisation des questions de poids liées à un souci d'adhérer à la norme sociale, et des situations de sous-médicalisation en rapport avec une méconnaissance de l'impact des obésités sur la santé. Le médecin doit « naviguer » dans ce monde paradoxal.

### Conséquences de l'obésité

**Le retentissement psychosocial** est classiquement au premier plan à cet âge.<sup>5</sup> Mais, dans la pratique, tout un éventail de situations peut se rencontrer qui ne peut se réduire à un tableau clinique unique. Il n'existe pas une obésité mais des obésités, pas un adolescent mais des adolescents, qui s'inscrivent dans des contextes familiaux et sociaux spécifiques.

On conçoit que l'obésité, en portant atteinte à l'image corporelle, puisse avoir un retentissement particulièrement fort chez l'adolescent. Beaucoup d'adolescents obèses ont une image d'eux-mêmes dévalorisée. Le manque de confiance patent et la souffrance n'aident pas à se projeter dans le futur et peuvent engendrer un mal-être profond. L'obésité peut ainsi constituer un obstacle à la dynamique du changement. La médicalisation peut aggraver les choses lorsqu'elle réduit l'adolescent à son poids.

**Sur le plan somatique** proprement dit, la principale complication de l'obésité de l'adolescent réside dans son risque de perdurer à l'âge adulte puisque, selon les rares informations épidémiologiques dont nous disposons, plus de 70 % des adolescents obèses à cette période de la vie le resteront.<sup>6</sup> Les complications mécaniques (genu valgum, syndrome d'apnées du sommeil...) peuvent être symptomatiques dès l'adolescence.<sup>7</sup> Par contre, les complications métaboliques (diabète de type 2, dyslipidémie) s'expriment rarement cliniquement avant l'âge adulte.<sup>8</sup> Un syndrome métabolique et un état inflammatoire chronique latent (qui peut se manifester par une protéine C-réactive ultrasensible élevée) sont cependant souvent



**Figure 1** Courbes de corpulence des garçons et des filles de la naissance à 18 ans.

présents dès l'enfance<sup>9,10</sup> ce qui explique, sans doute, la fréquence accrue de l'asthme dès cet âge, et l'augmentation de la mortalité cardio-vasculaire chez les hommes adultes ayant des antécédents d'obésité à l'adolescence.<sup>7</sup>

## LA PREMIÈRE CONSULTATION

Il faut partir de la demande spécifique de l'adolescent et se garder d'attitudes stéréotypées : chaque cas est particulier.

### Évaluer la demande et les motivations

La première étape consiste à cerner au mieux ce qui a conduit à cette consultation. Il faut permettre à l'adolescent d'exprimer les raisons profondes de sa demande, les conséquences de son excès de poids sur son état physique tout autant que psychologique et relationnel. Dans certains cas, l'adolescent ne formule aucune demande spécifique, il est adressé par sa famille ou le médecin scolaire. Ailleurs, la plainte est manifeste, ici somatique (douleur, fatigue, essoufflement, transpiration), ailleurs clairement psychologique (mauvaise image de soi, moquerie, intolé-

rance sociale, etc.), parfois inexprimable à ce stade. L'écoute, donc la réponse médicale, ne doit pas se focaliser sur la seule question du poids, l'objet de la prise en charge médicale dépasse ce que livre la balance.

La demande de l'adolescent et de ses parents est généralement focalisée sur le poids. C'est une demande bien souvent « magique » : « débarrassez-moi rapidement de tout cela ». L'erreur serait d'axer la prise en charge sur ce seul symptôme, et de se cantonner à un discours « comptable » sur la balance énergétique. La consultation est en réalité l'occasion de faire le point sur la santé globale en balayant l'ensemble des sujets de préoccupations inhérents à cet âge (tableau 1). Un temps de la consultation est consacré à un entretien sans les parents, en assurant de la confidentialité de cet échange. Cette première consultation nécessite du temps pour établir une relation de confiance, au-delà de la seule question des « kilos ». La prise en charge peut s'engager d'emblée lorsqu'il existe une réelle attente du jeune, dépendante ou non du poids. Reste à préciser le degré d'autonomie de cette demande et comment s'inscrit celle des parents.

Quand la demande de soins émane des parents ou d'un professionnel (médecin traitant, médecin scolaire, éducateur...), l'adolescent spectateur subit la pression des adultes passivement, sans se l'approprier, voire en y étant franchement hostile. Il faut savoir renoncer à des attitudes renforçant ces défenses et ce malaise, et proposer un terrain d'échange élargi laissant la porte ouverte à une demande personnelle de la part de cet adolescent qui ne demande rien pour lui-même tout en rassurant les parents. La marge de manœuvre est souvent étroite. L'adolescent peut d'ailleurs renoncer dans un premier temps et revenir quelque temps plus tard avec une demande personnelle. Il faut tenter de faire germer un climat de confiance et d'écoute.

## Anamnèse

Retracer avec l'adolescent « l'histoire de son poids » permet de situer les circonstances de constitution de l'obésité et son évolution. La conjonction de plusieurs facteurs déclenchants est habituelle : déstructuration du rythme alimentaire, alimentation trop dense en calories, sous-estimation des apports, régimes à répétition, désordres alimentaires, iatrogénie diététique (impulsivité alimentaire déclenchée par des régimes restrictifs), antécédents familiaux d'obésité, sédentarité (télévision, jeux vidéo), certains médicaments, difficultés personnelles ou familiales, auxquels s'ajoutent les effets globaux de la pression environnementale. Si des prises en charge antérieures ont eu lieu, le bilan en est fait pour éviter la répétition de l'échec, processus largement répandu dans ce domaine. C'est à partir de l'analyse de la part respective de ces facteurs que se bâtit une stratégie adaptée individuellement tenant compte des échecs antérieurs.

## Examen clinique

L'examen clinique recherche une hypertension artérielle (nécessitant une prise de la pression artérielle au repos avec un brassard adéquat), un syndrome d'apnées du sommeil (sommolence diurne, polyurie nocturne, céphalées matinales...), des troubles de la statique rachidienne et des genoux (genu valgum, hyperlordose), des problèmes dermatologiques. L'évaluation du développement pubertaire est l'occasion de répondre aux questions que se pose l'adolescent sur ses transformations corporelles : taille du pénis (chez l'obèse la taille de la verge doit être mesurée à partir du plan osseux du pubis afin de ne pas confondre « verge enfouie » en raison du poids et petite verge), irrégularités menstruelles, gynécomasties ; ou de parler de ses petits maux (vergetures, acné, douleurs abdominales...). Les anomalies endocriniennes dans le cadre d'une obésité secondaire sont exceptionnelles : trouble de la croissance (cassure de la courbe), signes d'hypothyroïdie, d'hypogonadisme, d'hyperandrogénie (hirsutisme, spanioménorrhée...), rarissime hypercorticisme, doivent conduire à un bilan spécialisé.

## Évaluation nutritionnelle

Il ne s'agit pas de faire une « enquête alimentaire » au sens comptable du terme, mais plutôt de se faire une idée des habitudes, des comportements, des facteurs nutritionnels prévalents : conditions de la prise des repas, rythmes alimentaires de l'adolescent (présence de repas, ou au contraire alimentation vagabonde, grignotages), diversité alimentaire, densité calorique de l'alimentation, taille des portions consommées, alimentation en dehors de la maison, désordres comportementaux (impulsivité alimentaire liée ou non à une restriction cognitive) et facteurs qui les déclenchent (ennui, culpabilité, plaisir, sensibilité aux sollicitations...), contexte familial (habitudes, culture), capacités d'évaluer les consommations (la sous-estimation est fréquente). Il faut être conscient que l'adolescent obèse tend à entrer dans le désir du soignant et donc à répondre ce qu'on attend de lui. Cela est d'autant plus marqué que l'adolescent a déjà été pris en charge pour ce problème. La tenue d'un carnet alimentaire, sur quelques jours, peut aider à mieux évaluer la situation et à identifier les circonstances accompagnant éventuellement les prises alimentaires : ennui, anxiété, télévision...

## Activité physique et sédentarité

La sédentarité doit être analysée dans ses différentes dimensions : temps passé devant la télévision et les écrans, stratégies de contournement (ascenseurs, dispense d'activités physiques et sportives à l'école), obstacles objectifs à la pratique d'une activité (accessibilité, coût, sécurité, problèmes somatiques). Le « bilan de sédentarité » doit être confronté à la pratique d'activité physique : l'augmentation du nombre d'heures passées devant un ordinateur peut parfaitement être compensée par une activité sportive régulière.

## Consultation avec un adolescent obèse : points à aborder

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ <b>Antécédents</b> : médicaux, chirurgicaux                                                                                 |
| ■ <b>Famille</b> : génogramme, fratrie, parents, histoire familiale                                                           |
| ■ <b>Vie sociale</b> : copains, insertion, scolarité, activités extrascolaires, contexte de vie, conflits familiaux           |
| ■ <b>Consommation</b> : médicaments, alcool, tabac, haschich                                                                  |
| ■ <b>Poids</b> : histoire du poids, courbe pondérale, régimes antérieurs                                                      |
| ■ <b>Sommeil</b> : endormissement, cauchemars, horaires, levers nocturnes, signes de syndrome d'apnées du sommeil             |
| ■ <b>Plaintes somatiques</b> : douleurs articulaires, vergetures, gynécomastie, acné, spanioménorrhée                         |
| ■ <b>Alimentation</b> : comportement alimentaire, grignotages, boulimie, vomissements, compulsions, restrictions, impulsivité |
| ■ <b>Sédentarité, activité physique</b>                                                                                       |

Tableau 1

## Situation psychologique et sociale

Qu'ils soient cause ou conséquence de l'état d'obésité, les facteurs psychologiques ont souvent une importance considérable. Il importe donc de les évaluer et d'en tenir compte dans la prise en charge en étant conscient des difficultés et des limites de l'exercice. Difficultés, car il n'est pas facile de démêler certaines situations et de différencier cause et conséquence. La tendance générale est d'attribuer à l'obésité les embarras psychologiques; ce serait une grave erreur de méconnaître les obésités symptômes de dépression, de difficultés familiales. Le déni de cette dimension est souvent proportionnel à son importance. Il ne faut pas pour autant se « précipiter » sur l'explication psychologique et savoir laisser le temps et la possibilité de son émergence. Le recours à un psychologue clinicien, ou à un psychiatre est indispensable devant la complexité de certaines situations : il est d'autant mieux compris et accepté par l'adolescent et sa famille qu'il résulte d'une évaluation qui a pris le temps nécessaire aux explications, à la confiance.

## Bilan de la première consultation

Cette première consultation permet de porter le diagnostic, de situer la dynamique d'évolution du poids (poids stabilisé, en phase dynamique ascendante ou descendante), le retentissement somatique de l'obésité, la présence éventuelle de troubles du comportement alimentaire, de faire le point sur les tentatives de prise en

charge antérieures — leurs réussites et leurs échecs — et enfin d'évaluer la situation psychologique, familiale et sociale ainsi que les motivations. Cette première consultation est conclue par un point sur la situation, et la proposition des objectifs de la prise en charge. La priorité à ce stade est d'établir une alliance thérapeutique entre l'adolescent, les parents afin de répondre à la demande explicite, en particulier en informant sur les aspects nutritionnels, en soulageant les symptômes gênants (douleurs, problèmes rhumatologiques, désordres endocriniens, etc.), et en prenant en compte les questions autour de l'image de soi.

La prescription varie selon les problèmes dominants dans chaque situation clinique. Il est donc impossible de décrire une prescription type. On se garde du « tout et tout de suite ». Il faut s'appuyer sur la motivation, des mesures réalistes, et affirmer d'emblée un certain nombre de règles générales.

## PRESCRIPTION ET SUIVI

### Des objectifs « pas à pas »

La grande difficulté est de s'inscrire dans la durée, car cela va totalement à l'encontre de la demande d'immédiateté du résultat. Alors que la demande du jeune adolescent est celle d'un régime miracle, radical, efficace en 3 mois, la perspective du médecin est de bâtir un équilibre nutritionnel durable et de ne pas imposer un régime strict, source de frustrations trop intenses. Si les objectifs sont trop stricts, le patient risque d'être mis en situation d'échec s'il n'arrive pas à les atteindre. En cas de perte de poids rapide, au prix d'efforts très importants, le risque est d'avoir un rebond pondéral à l'arrêt du régime. La contradiction est forte : c'est là le cœur du problème, d'où la nécessité d'une « négociation » subtile. Un ou deux objectifs réalistes et raisonnables sont négociés et fixés, à chaque consultation, en fonction du parcours et de la motivation de l'adolescent (tableau 2). Compte tenu de la grande variété des situations, il ne peut y avoir de traitement standard, et le médecin doit aider à trouver à chaque fois des solutions individuelles adéquates.<sup>11</sup>

Il ne faut pas négliger les aspects somatiques dont le soulagement est une condition première de la qualité et de la crédibilité de la prise en charge; s'intéresser également aux inquiétudes diverses sur la « normalité », sur l'image de soi, etc. Ne pas « psychologiser » excessivement mais tenir compte des dimensions psychologiques; ne pas entrer dans « l'hygiénisme » sans pour autant négliger la forte demande de « règles » alimentaires.

Au fil de la prise en charge, les objectifs sont complétés, revus, adaptés. S'incrivant dans la durée, la prise en charge s'expose au risque de la routine, de la focalisation sur les seules questions de poids, alors que l'objectif est de les prendre en compte et de les dépasser.

## Conseils à un adolescent obèse

| CONSEILS ALIMENTAIRES                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ Manger lentement (repas d'au moins 20 minutes)                                                                  |
| ■ Faire 3 à 4 repas par jour                                                                                      |
| ■ Éviter les grignotages                                                                                          |
| ■ Supprimer au maximum les boissons sucrées et privilégier l'eau                                                  |
| ■ Augmenter la consommation de fruits et légumes                                                                  |
| ■ Ne pas supprimer les féculents                                                                                  |
| ■ Consommer un produit laitier à chaque repas (les adolescents sont souvent carencés en calcium et en vitamine D) |
| ■ Sensibiliser à la densité énergétique des aliments (barres chocolatées notamment)                               |
| CONSEILS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE                                                                                      |
| ■ Faire les trajets quotidiens, au maximum, à pied                                                                |
| ■ Pratiquer une activité physique ludique et agréable (avec des copains...)                                       |
| ■ Diminuer le temps des activités sédentaires (télévision, jeux vidéo, Internet...)                               |

Tableau 2

## POUR LA PRATIQUE

- En France, 16 % des adolescents sont obèses ou en surpoids. Deux tiers d'entre eux resteront obèses à l'âge adulte.
- Retentissant sur l'image corporelle, l'obésité est souvent vécue comme une entrave à la dynamique de changement – physique, psychologique et social – que connaît l'adolescent.
- Chaque consultation avec un adolescent est une occasion de faire le point sur sa santé globale et doit balayer l'ensemble des sujets de préoccupation inhérents à cet âge.
- Le retentissement de l'obésité à l'adolescence est surtout psychosocial. Les complications mécaniques (douleurs articulaires, hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil) et métaboliques (diabète, dyslipidémie...) sont rarement préoccupantes à cet âge. Mais il importe de soulager des « petites misères » (problèmes dermatologiques, essoufflement, transpiration, douleurs).
- La prise en charge doit être « globale », prenant en compte tant la situation nutritionnelle que la personnalité, les projets de vie, l'environnement familial et social du jeune.
- L'adolescent doit être « sujet » de sa prise en charge dont l'objectif est de contribuer à acquérir une meilleure image de soi, de diminuer les conséquences psychosociales associées à l'obésité, et de prévenir les complications somatiques de cette maladie. Un accompagnement des parents peut être nécessaire et permet notamment de lutter contre les effets nocifs de la restriction alimentaire.

### Les parents

La voie est étroite entre le désir d'autonomie de l'adolescent et la nécessité de répondre aux questions, préoccupations et inquiétudes des parents. Ce serait une erreur stratégique d'exclure les parents de la prise en charge. Il serait tout aussi délétère d'entretenir une confusion dans la prise en charge : c'est bien l'adolescent qui consulte et qui est pris en charge ! Il importe donc de situer la place de chacun et de maintenir une totale clarté sur les échanges vis-à-vis de l'adolescent. La cohérence doit être maintenue : il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de décalage entre les messages adressés à l'adolescent et ceux intégrés par les parents, tout particulièrement face à la restriction alimentaire drastique souvent réclamée dans un but de « bien faire » devant une prise de poids conséquente. Ce dialogue permet de détendre les relations familiales.

### Place de l'hospitalisation

L'obésité chez l'adolescent est rarement compliquée et ne doit pas être excessivement médicalisée. D'une manière générale, les prises en charge sont ambulatoires. Cependant, des structures d'hôpital de jour « pour adolescents », à visée d'éducation thérapeutique, permettant une intervention méta-disciplinaire, peuvent avoir leur place

dans certaines prises en charge. Les adolescents sont particulièrement réceptifs aux approches en groupe. Des ateliers diététiques et d'activité physique visent à aider l'adolescent à modifier ses habitudes. En fonction de ses contraintes, du contexte de vie, l'adolescent réapprend à faire des repas réguliers et équilibrés, sans interdit alimentaire. Des groupes de parole sont l'occasion d'aborder collectivement les problèmes associés à l'obésité et de lutter contre les effets néfastes de la restriction alimentaire (une restriction alimentaire est souvent imposée par la famille et favorise, paradoxalement, l'apparition de troubles du comportement alimentaire). Une place importante doit toujours être réservée aux parents, pour qu'ils puissent exprimer les inquiétudes et les difficultés qu'ils rencontrent face à leurs enfants et prendre conscience de la restriction et du contrôle alimentaires qu'ils imposent souvent à la maison. C'est dans cet esprit que des hôpitaux de jour « pour adolescents » ont été mis en place à L'Hôtel-Dieu depuis 2 ans.

Dans certains cas, une hospitalisation prolongée peut avoir un intérêt : complications somatiques majeures (dans les obésités massives) et (ou) dysfonctionnements importants des relations familiales. L'hospitalisation permet alors une séparation fructueuse et aide à prendre du recul.

### Les « cures »

Le départ en soins de suite diététiques est une demande fréquente, perçue comme une solution miracle, sorte de « baguette magique » au problème pondéral. Cependant, ces « cures » risquent de placer l'adolescent dans une situation de passivité, dans un milieu artificiel, soumis à un régime hypocalorique associé à une activité physique plus ou moins intense, sans les sollicitations de la vie quotidienne. Or l'essentiel est bien de trouver des solutions pour modifier ses habitudes au sein du milieu familial. Lors du retour au domicile, il lui faut de nouveau affronter les difficultés relationnelles et les habitudes qui avaient favorisé la prise de poids. Dans un grand nombre de cas, il existe une reprise pondérale après la cure, parfois supérieure au poids perdu pendant la cure.

Ce type de séjour en centre diététique doit être prudent, réservé à des indications bien analysées dans un projet thérapeutique cohérent. Le retour doit être préparé dans un travail impliquant les parents d'une part, et l'ensemble du réseau autour de l'adolescent d'autre part.

### Les médicaments et la chirurgie gastrique

Les deux seuls médicaments actuellement disponibles sont le Xénical (orlistat) et le Sibutral (sibutramine). Ce dernier n'est pas, à l'heure actuelle, recommandé chez l'adolescent, car il n'a pas d'autorisation de prescription avant 18 ans. Dans une étude multicentrique contrôlée sur 1 an, l'orlistat en association à un régime hypocalorique, à une activité physique et à une supplémentation en

vitamines entraîne une perte de poids significativement plus importante que le placebo. Les événements indésirables étaient similaires à ceux observés chez les adultes. Cependant, une augmentation inexpliquée de l'incidence des fractures osseuses (6 % contre 2,8 % respectivement dans les groupes orlistat et placebo) a été observée.

Le recours aux techniques de chirurgie gastrique (anneau et court-circuit gastriques) doit être réservé à des situations exceptionnelles expertisées par des équipes pluridisciplinaires spécialisées.

## CONCLUSION

L'obésité à l'adolescence résulte de déterminants multiples. Ses conséquences sont nombreuses, psychologiques, sociales et somatiques. Restaurer l'estime de soi, réduire l'impact de la pression sociale, prévenir et traiter les conséquences somatiques, nécessitent un abord multifocal adapté individuellement. Focaliser la prise en charge sur la seule question du poids, en adoptant une attitude restrictive, expose à une forme de iatrogénisation sournoise pouvant retentir sur les processus physiologiques, psychologiques et sociaux qui caractérisent l'adolescence. La prise en charge doit être basée sur des messages positifs, orientés vers le bien-être plutôt que sur l'action restrictive. Cela n'exclut pas la définition de règles, d'un contrat, et suppose un accompagnement et des adaptations progressives dans la prise en charge. En effet, la question du poids doit être reconnue et faire l'objet d'une aide, mais elle ne doit pas prendre le pas sur les processus de découverte et de changements propres à l'adolescence. L'objectif de la prise en charge individualisée est d'aider l'adolescent obèse à acquérir une meilleure image de soi

et de réduire le retentissement physique et psychosocial associé à l'obésité. Cependant, l'écueil reste la surmédicalisation qui participe à la violence sociétale à l'égard des personnes obèses en général. ■

## SUMMARY Management of obesity in adolescence

Given the increase of detected cases of adolescence obesity, this chronic disease has become a major public health issue. Since obesity affects one's corporal representation, it interacts with the dynamic transformations that characterise the adolescence, namely physical, psychological and social transformations. As a result, the medical care must be global: it should not only take the nutritional situation into account but also the personality, the life projects and the environment of the youngster. The latter is expected to take an active part in his medical care in order to achieve a higher esteem of himself, to minimise the psycho-social consequences of the disease, and to prevent any somatic complications. However we insist on the fact that over-medication should be avoided.

*Rev Prat 2005; 55: 1430-36*

## RÉSUMÉ Prise en charge de l'adolescent obèse

L'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'adolescent fait de cette maladie chronique un problème de plus en plus fréquent de pratique médicale. La période de l'adolescence est marquée par des transformations physiques, psychologiques et sociales. Par son retentissement sur l'image corporelle et la santé, l'obésité peut interférer avec cette dynamique de changement. La prise en charge se doit donc d'être une approche « globale » prenant en compte tant la situation nutritionnelle que l'évolution de la personnalité, les projets de vie et l'environnement du jeune. Le suivi, qui s'inscrit dans la durée, a pour but d'établir une alliance thérapeutique entre l'adolescent, les parents et le médecin afin de contribuer à favoriser une meilleure image de soi, de diminuer les conséquences psychosociales associées à cette maladie et de prévenir les complications somatiques, tout en se gardant d'une surmédicalisation.

*Les auteurs n'ont pas déclaré de conflits d'intérêts.*

## RÉFÉRENCES

- Charles MA, Basdevant A, Eschwege E. Prévalence de l'obésité de l'adulte en France. La situation en 2000. *Ann Endocrinol (Paris)* 2002;63:154-8.
- Wilkins J, *et al.* Médecine de l'adolescence. Une médecine spécifique. Montréal: Hôpital Sainte-Justine, 1995.
- Michaud PA, Alvin P. La santé des adolescents. Approches soins prévention. Paris: Doin, 1997.
- Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempe M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* 1991;45:13-21.
- Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA* 2003;289:1813-9.
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337:869-73.
- Basdevant A, Guy Grand B. Médecine de l'obésité. Paris: Flammarion, 2004.
- Tounian P, Aggoun Y, Dubern B, *et al.* Presence of increased stiffness of the common carotid artery and endothelial dysfunction in severely obese children: a prospective study. *Lancet* 2001;358:1400-4.
- Weiss R, Dziura J, Burgert TS, *et al.* Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004;350:2362-74.
- Sinaiko AR, Steinberger J, Moran A, *et al.* Relation of body mass index and insulin resistance to cardiovascular risk factors, inflammatory factors and oxidative stress during adolescence. *Circulation* 2005;111:1985-91.
- Booth SL, Mayer J, Sallis JF, *et al.* Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences and leverage points. *Nutrition Rev* 2001;59:S21-S39.